

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kematian Ibu**

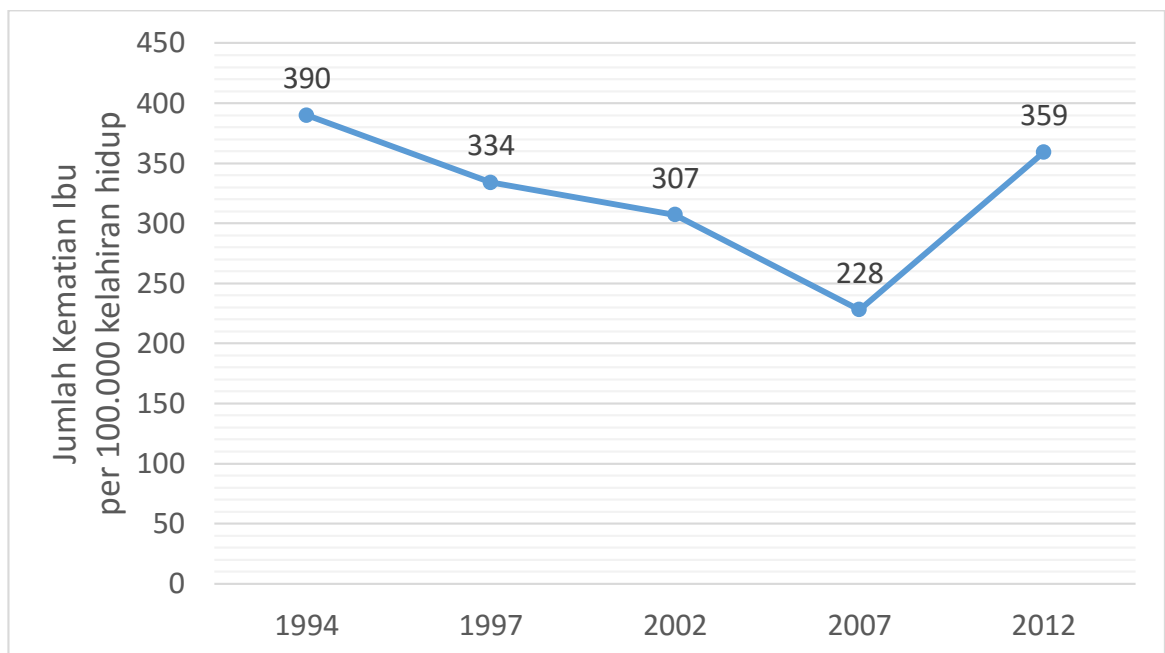
##### **2.1.1 Angka Kematian Ibu**

###### **2.1.1.1 Angka Kematian Ibu di Indonesia**

Angka kematian ibu adalah jumlah kematian wanita selama proses kehamilan, melahirkan dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) yang terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) per 100.000 kelahiran hidup.<sup>4</sup> Angka kematian ibu merupakan tolak ukur kemajuan hasil pembangunan kesehatan dan indikator derajat kesehatan masyarakat, tetapi sampai saat ini permasalahan mengenai angka kematian ibu belum dapat terselesaikan. Pada tahun 2015, Indonesia belum dapat memenuhi target *Millennium Development Goals* yaitu penurunan angka kematian ibu sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.<sup>4</sup>

Data angka kematian ibu yang digunakan saat ini merujuk pada Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Dalam SDKI 2012 didapatkan hasil angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 meningkat menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, dibandingkan pada tahun 2007 yang berhasil menekan angka kematian ibu sebesar 228 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.<sup>2,4,5</sup>

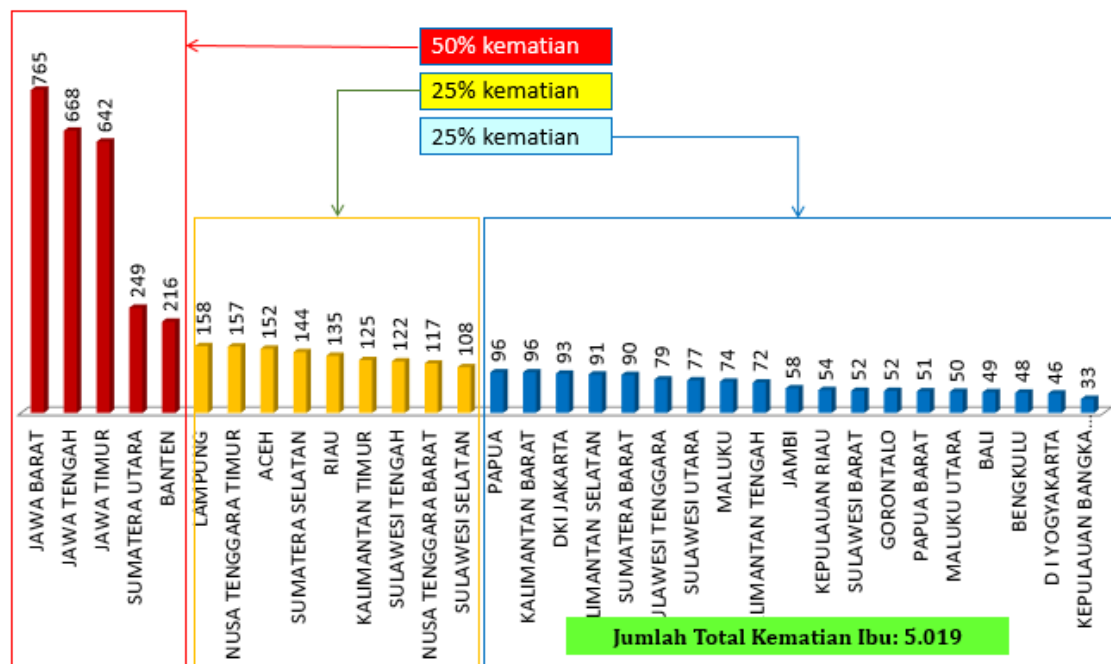
Pada Gambar 2.1 berikut dapat dilihat bahwa angka kematian ibu berhasil diturunkan sepanjang periode 1994-2007, namun meningkat kembali pada tahun 2012.<sup>2</sup>



Gambar 2.1 Angka Kematian Ibu Tahun 1994-2012

#### 2.1.1.2 Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah

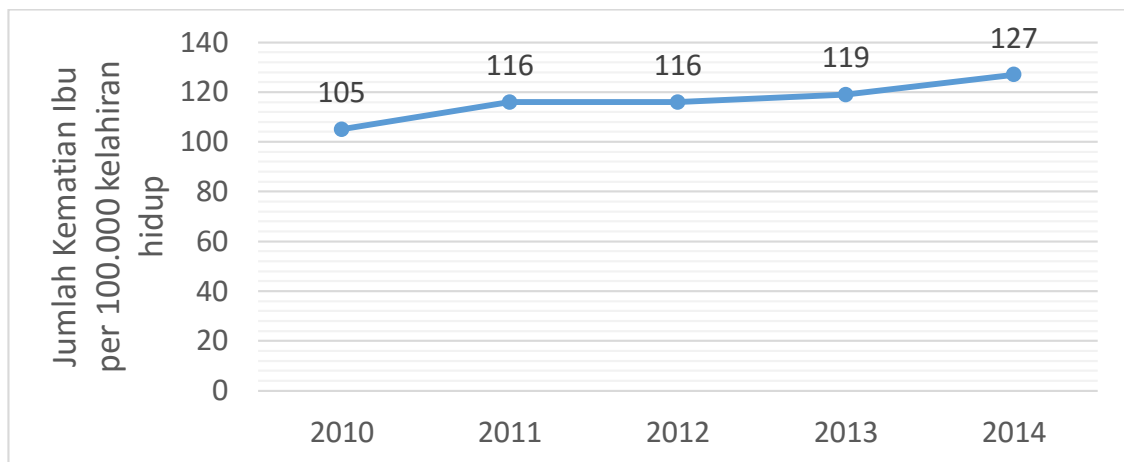
Sama halnya dengan angka kematian ibu di Indonesia, angka kematian ibu di Jawa Tengah juga masih merupakan permasalahan penting yang menunggu diselesaikan. Pada tahun 2013, jumlah kematian ibu di Jawa Tengah menduduki peringkat kedua terbesar diantara 33 provinsi di Indonesia, sebesar 668 ibu meninggal pada tahun tersebut.<sup>6</sup>



Gambar 2.2 Jumlah Kematian Ibu per Provinsi Tahun 2013<sup>6</sup>

Dari diagram tersebut dapat terlihat bahwa pada tahun 2013, Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah kematian tertinggi, dan Jawa Tengah provinsi kedua tertinggi. Hal yang perlu menjadi perhatian adalah lima provinsi dengan jumlah kematian ibu tertinggi menyumbang 50% dari jumlah total kematian ibu di Indonesia.

Di Provinsi Jawa Tengah, angka kematian ibu cenderung meningkat dari tahun 2010 hingga 2014, seperti yang terlihat pada Gambar 2.3 berikut ini.<sup>7-9</sup>



Gambar 2.3 Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010-2014

Tabel 2.1 Angka Kematian Ibu Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010-2014 dan Jumlah Ibu Meninggal di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010-2015

Kondisi	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (tw 1)	2015 (tw 2)	2015 (tw3)
Angka kematian ibu (per 100.000 kelahiran hidup)	104,97	116,01	116,34	118,62	126,55	-	-	-
Jumlah ibu meninggal	611	668	675	668	711	115	295	437

Hingga triwulan ketiga, di Provinsi Jawa Tengah tercatat 847 ibu meninggal di tahun 2015. Angka kematian ibu pun memiliki kecenderungan meningkat dari tahun 2010 hingga 2014, walaupun peningkatan yang terjadi tidak terlalu signifikan.

Provinsi Jawa Tengah memiliki 29 kabupaten dan 6 kota. Terdapat beberapa wilayah yang menyumbang angka kematian ibu tertinggi, dapat dilihat dari Gambar 2.4 berikut ini.<sup>9</sup>



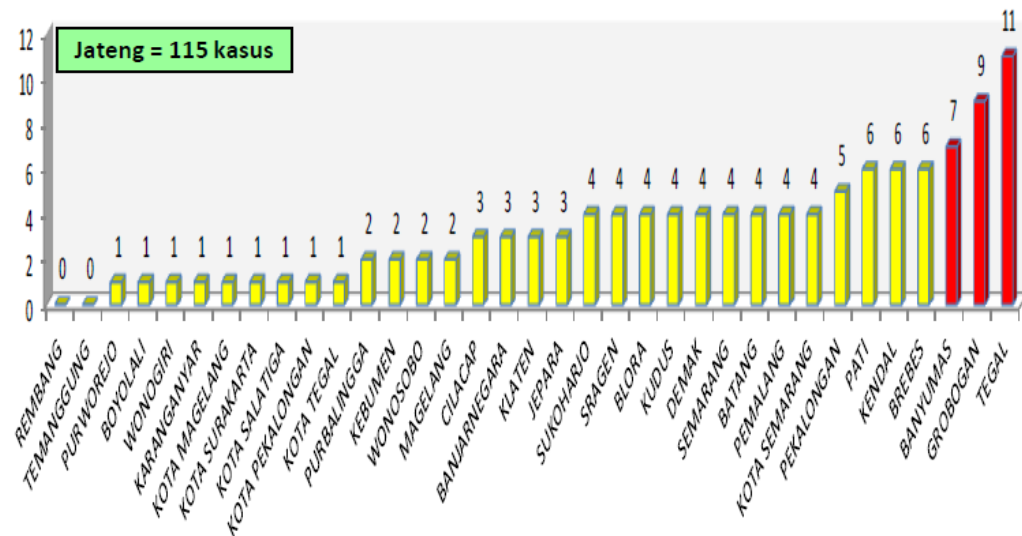
Sumber: Buku Saku Kesehatan Triwulan 3 Tahun 2015 Jawa Tengah

Gambar 2.4 Kasus Kematian Ibu per Eks Karesidenan

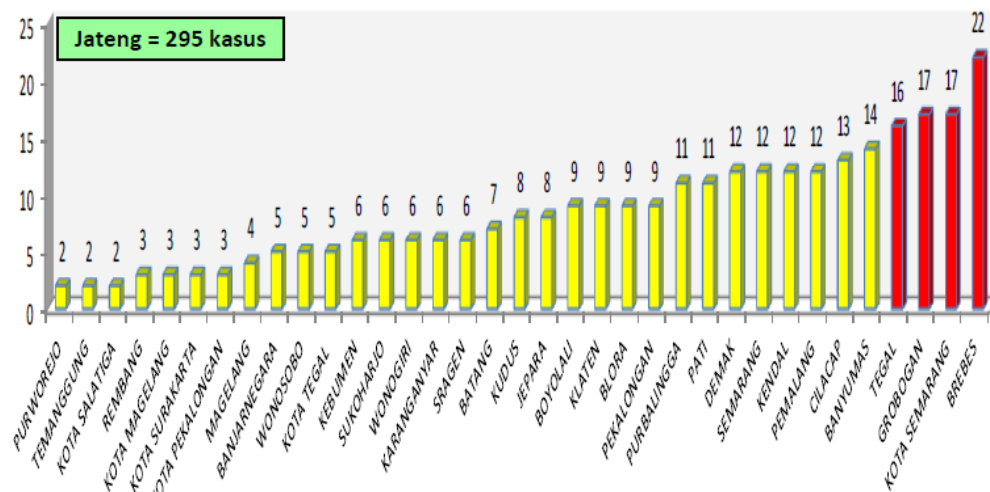
Kabupaten yang masih merupakan daerah merah, yaitu daerah dengan angka kematian tertinggi triwulan 3 tahun 2015 adalah Kabupaten Brebes, Kota Semarang, Kabupaten Tegal, Kabupaten Grobogan, dan Kabupaten Banyumas. Kelima kabupaten tersebut merupakan kabupaten yang hampir selalu menyumbangkan jumlah terbanyak kasus kematian ibu.<sup>7-9</sup>

### 2.1.1.3 Angka Kematian Ibu di Kabupaten Banyumas

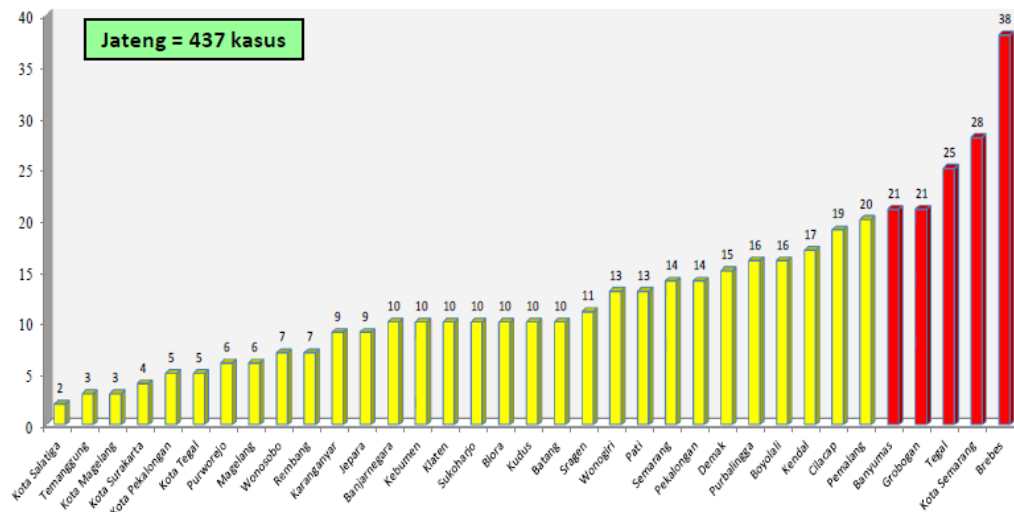
Kabupaten Banyumas merupakan salah satu kabupaten yang memiliki angka kematian ibu tertinggi. Pada triwulan 2 dan 3 tahun 2015, Kabupaten Banyumas menempati peringkat lima, sedangkan pada triwulan 1 tahun 2015 menempati peringkat tiga jumlah kematian ibu terbanyak.<sup>7-9</sup>



Gambar 2.5 Jumlah Kematian Ibu per Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah  
Triwulan 1 Tahun 2015



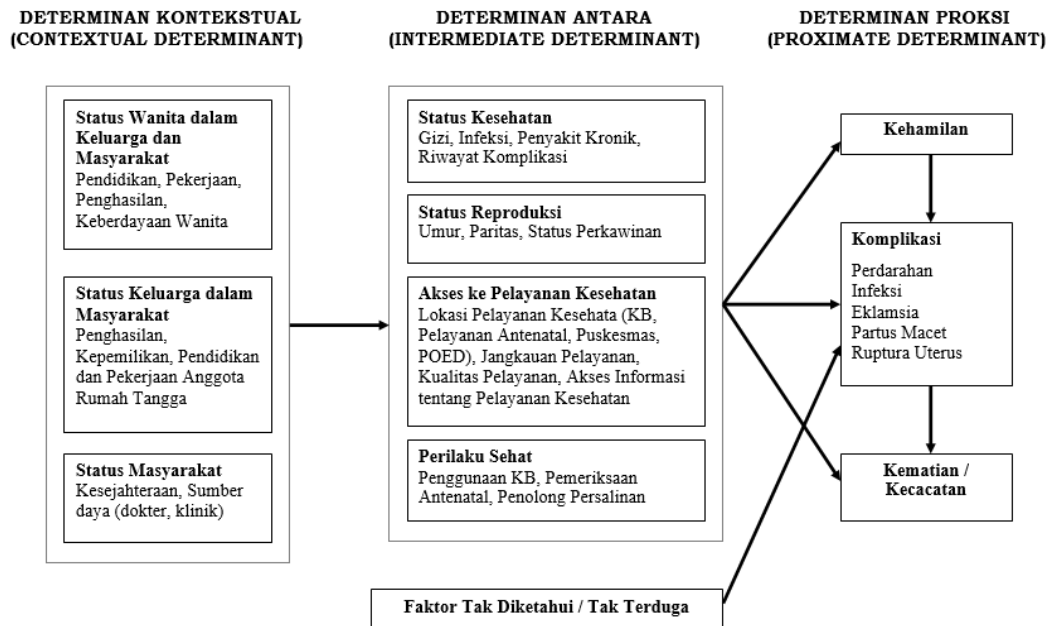
Gambar 2.6 Jumlah Kematian Ibu per Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah  
Triwulan 2 Tahun 2015



Gambar 2.7 Jumlah Kematian Ibu per Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Triwulan 3 Tahun 2015

### 2.1.2 Penyebab Kematian Ibu

Kematian ibu merupakan kejadian yang kompleks yang disebabkan berbagai hal. McCarthy dan Maine pada tahun 1992 membagi penyebab kematian ibu kedalam 3 determinan, yaitu determinan proksi (dekat), intermediet (antara), dan kontekstual (jauh).<sup>18</sup> Determinan proksi atau dekat merupakan penyebab langsung kematian ibu, yaitu kehamilan itu sendiri dan gangguan obstetrik yang berupa perdarahan, infeksi, eklampsia/preeklampsia, dan lainnya. Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yaitu status kesehatan, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, dan perilaku sehat. Determinan kontekstual atau jauh merupakan determinan yang berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural, yaitu status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat.<sup>18</sup>



Gambar 2.8 Penyebab Kematian Ibu menurut McCarthy dan Maine

Penjabaran dari kerangka tersebut adalah sebagai berikut:

#### 1. Determinan dekat

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, yang meliputi kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Tiap wanita hamil memiliki risiko komplikasi tersebut, tetapi dibedakan menjadi ibu hamil risiko rendah, dan ibu hamil risiko tinggi.<sup>18</sup> Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

##### a. Perdarahan

Perdarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain adalah perdarahan karna abortus, perdarahan ektopik terganggu, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum. Perdarahan karna abortus dapat disebabkan karena abortus yang tidak lengkap atau cedera pada organ



panggul atau usus. Abortus sendiri berarti kadaan berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, atau keluarnya janin dengan berat kurang dari 500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu. Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang terjadi dan tumbuh di luar endometrium cavum uteri. Janin yang semakin membesar akan menyebabkan organ tidak memadahi dan akhirnya rupture (biasanya pada tuba fallopi), hal tersebut menyebabkan perdarahan yang terkumpul dalam rongga perut dan menyebabkan rasa nyeri setempat atau menyeluruh yang berat, disertai pingsan dan syok. Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pervaginam yang terjadi pada umur kehamilan antara 28 minggu sampai sebelum bayi lahir. Perdarahan antepartum yang sering terjadi adalah solusio plasenta, plasenta previa, dan vasa previa. Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah anak lahir dan beratnya lebih dari 500 gram, dapat terjadi sebelum maupun sesudah plasenta lahir.<sup>18-20</sup>

b. Infeksi

Infeksi dapat terjadi pada masa kehamilan, selama persalinan (*inpartu*) maupun masa nifas. Infeksi pada kehamilan adalah infeksi jalan lahir pada masa kehamilan, baik kehamilan muda maupun tua. Keadaan infeksi ini berbahaya karena dapat mengakibatkan sepsis, yang mungkin menyebabkan kematian ibu.<sup>18-20</sup>

c. Preeklampsia dan Eklampsia

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Sedangkan eklampsia adalah preeklampsia yang disertai dengan kejang dan/atau koma.<sup>18-20</sup>

d. Partus Macet

Partus macet atau partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam sejak *inpartu*. Keadaan ini dapat membahayakan jiwa janin dan ibu.<sup>18-20</sup>

e. Ruptura Uterus

Ruptura uterus adalah sobeknya uterus atau rahim. Ruptura uterus dapat terjadi secara komplet yaitu robekan terjadi pada semua lapisan miometrium termasuk peritoneum (janin sudah berada dalam cavum abdomen dalam keadaan mati), maupun ruptura uterus inkomplet, yaitu robekan rahim secara parsial dan peritoneum masih utuh.<sup>18-20</sup>

2. Determinan antara

Determinan antara merupakan determinan yang akan mempengaruhi determinan dekat sehingga dapat menyebabkan kematian ibu, yang termasuk ke dalam determinan antara yaitu:

a. Status Kesehatan

Status kesehatan ibu yang berpengaruh terhadap kejadian kematian maternal meliputi status gizi, anemia, penyakit yang diderita ibu, dan riwayat komplikasi pada kehamilan dan persalinan sebelumnya.<sup>18</sup>

b. Status Reproduksi

Status reproduksi yang berperan penting terhadap kejadian kematian maternal adalah usia ibu hamil, jumlah kelahiran, jarak kehamilan dan status perkawinan ibu.<sup>18</sup>

c. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan meliputi keterjangkauan lokasi pelayanan kesehatan, jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia, serta keterjangkauan informasi.<sup>18</sup> Di negara berkembang seperti Indonesia, umumnya berhubungan dengan tiga keterlambatan (The Three Delay Models)<sup>21</sup>, yaitu:

i. Terlambat mengambil keputusan

Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat masyarakat dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain karena masalah tradisi atau kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, dan ketidakmampuan menyediakan biaya; keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu; tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan/atau mengidentifikasi komplikasi secara dini; dan tenaga kesehatan tidak mampu mengadvokasi pasien dan keluarganya mengenai pentingnya merujuk tepat waktu agar jiwa ibu dan bayi selamat.<sup>10,21</sup>

ii. Terlambat Mencapai RS Rujukan dan Rujukan Tidak Efektif

Keterlambatan kedua ini dapat disebabkan oleh hal berikut, masalah geografis, ketersediaan transportasi, stabilisasi pasien komplikasi tidak

dilakukan atau tidak efektif, serta monitoring pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak ditindaklanjuti.<sup>10,21</sup>

iii. Terlambat Mendapat Pertolongan Adekuat di RS Rujukan

Terlambat mendapat pertolongan adekuat di RS merupakan keterlambatan ketiga yang sering terjadi, hal tersebut dapat disebabkan karena sistem administratif RS tidak efektif, tenaga kesehatan yang dibutuhkan tidak tersedia, tenaga kesehatan yang kurang terampil, sarana dan prasarana tidak lengkap atau tidak tersedia, darah tidak segera tersedia, pasien tiba di RS dengan ‘kondisi medis yang sulit diselamatkan’, kurang jelasnya pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif, serta kurangnya informasi di masyarakat mengenai kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh.<sup>10,21</sup>

d. Perilaku Sehat

Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara lain meliputi perilaku penggunaan alat kontrasepsi, perilaku pemeriksaan antenatal, penolong persalinan, serta tempat persalinan.<sup>18</sup>

3. Determinan jauh

Meskipun determinan ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian ibu, tetapi juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian ibu. Faktor yang termasuk kedalam determinan jauh

antara lain status wanita dalam keluarga dan masyarakat yang termasuk didalamnya pendidikan dan pekerjaan ibu. Wanita yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sehingga dapat mengambil keputusan tentang keadaan dirinya dan cepat mencari pertolongan di pelayanan kesehatan.<sup>18</sup>

## **2.2 Sistem rujukan kebidanan**

### **2.2.1 Definisi sistem rujukan kebidanan**

Sistem rujukan merupakan sistem pelayanan kesehatan yang meliputi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul, secara horizontal maupun vertikal, baik untuk kegiatan pengiriman penderita, pendidikan, ataupun penelitian. Pada rujukan kebidanan, dikenal istilah sistem rujukan paripurna terpadu, yaitu suatu tatanan yang memungkinkan berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi dua arah timbal balik, antara bidan di desa, bidan, dan dokter puskesmas di pelayanan kesehatan dasar dengan dokter spesialis di RS kabupaten untuk mencapai rasionalisasi penggunaan sumber daya kesehatan dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, yaitu penanganan ibu risiko tinggi dengan gawat obstetrik atau gawat darurat obstetric secara efisien, efektif, professional, rasional, dan relevan dalam pola rujukan terencana.<sup>19</sup>

Sistem rujukan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik

atas masalah yang timbul, baik secara ventrikanal maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional, dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.<sup>19</sup> Pada umumnya, rujukan dilakukan apabila tenaga dan perlengkapan di suatu fasilitas kesehatan tidak mampu menatalaksana komplikasi yang mungkin terjadi. Tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.<sup>22,23</sup>

### 2.2.2 Jenis-jenis rujukan

Berdasarkan lingkup pelayanannya, sistem rujukan secara umum terbagi atas dua jenis<sup>23</sup>, yaitu:

- 1) Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*). Jenis rujukan medik, yaitu:
  - a. *Transfer of patient*: Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
  - b. *Transfer of specimen*: Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
  - c. *Transfer of knowledge/personel*: Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (*transfer of knowledge*).
- 2) Rujukan Kesehatan adalah rujukan yang umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*).

Dalam rujukan kebidanan, berdasarkan sifatnya, dibagi ke dalam dua jenis rujukan<sup>19</sup>, yaitu:

1) Rujukan Terencana

Rujukan terencana merupakan rujukan ke Rumah Sakit yang disiapkan dan direncanakan jauh hari bagi ibu risiko tinggi. Masa persiapan rujukan terencana lebih panjang dan keadaan umum ibu masih relatif lebih baik, selain itu modalitas transportasi juga dapat lebih beragam, nyaman dan aman bagi pasien karena rujukan tidak dilakukan dalam kondisi gawat darurat.<sup>19,22</sup> Ada 2 macam rujukan terencana, yaitu:

a. Rujukan Dini Berencana

Rujukan dini berencana dilakukan untuk ibu dengan APGO (Ada Potensi Gawat Obstetrik) dan AGO (Ada Gawat Obstetrik). Ibu risiko tinggi masih sehat, belum in partu, belum ada komplikasi persalinan, ibu dapat berjalan sendiri, dan tidak membutuhkan obat.

b. Rujukan Dalam Rahim

Di dalam rujukan dini berencana terdapat pengertian rujukan dalam rahim atau rujukan in utero bagi janin bermasalah, ketika janin risiko tinggi masih sehat, misalnya kehamilan dengan riwayat obstetrik jelek pada ibu diabetes mellitus, prematurus iminens. Bagi janin, selama pengiriman (rujukan) rahim ibu merupakan alat transportasi dan inkubasi yang aman, nyaman, hangat, steril, mudah, murah, memberi nutrisi dan O<sub>2</sub>, tetap ada hubungan fisik dan psikis dalam lindungan ibunya.

## 2) Rujukan Tepat Waktu / Rujukan Kegawatdaruratan

Rujukan tepat waktu dilakukan untuk ibu dengan ADGO (Ada Gawat Darurat Obstetrik), yaitu ibu dengan kelompok faktor risiko III (perdarahan antepartum atau preeklampsia berat/eklampsia).<sup>19</sup> Rujukan kegawatdaruratan merupakan rujukan yang berhubungan dengan kondisi kegawatdaruratan yang harus segera ditangani seperti halnya rujukan tepat waktu.<sup>22</sup>

Rujukan sebaiknya tidak dilakukan bila terdapat kondisi-kondisi berikut<sup>22</sup>:

- Kondisi ibu tidak stabil untuk dipindahkan
- Kondisi janin tidak stabil dan terancam untuk terus memburuk
- Persalinan sudah akan terjadi
- Tidak ada tenaga kesehatan terampil yang dapat menemani
- Kondisi cuaca atau modalitas transportasi membahayakan



Gambar 2.9 Pedoman Rujukan<sup>19</sup>



### 2.2.3 Tatacara Rujukan Kebidanan

Rujukan kebidanan memiliki tatacara yang menjadi patokan dalam hal melakukan rujukan,<sup>22</sup> tatacara tersebut adalah sebagai berikut:

1. Mengkomunikasikan rencana merujuk dengan ibu dan keluarganya, karena rujukan harus mendapat persetujuan dari ibu dan/atau keluarganya.
2. Menghubungi pusat layanan kesehatan yang menjadi tempat rujukan dan menyampaikan hal-hal penting kepada tenaga kesehatan yang akan menerima pasien, yaitu indikasi rujukan, kondisi ibu dan janin, rencana terkait prosedur teknis rujukan, kesiapan sarana dan prasarana di tujuan rujukan, penatalaksanaan yang sebaiknya dilakukan selama dan sebelum transportasi.
3. Saat berkomunikasi melalui telepon, pastikan hal-hal tersebut telah dicatat dan diketahui oleh tenaga kesehatan di pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien.
4. Melengkapi dan mengirim berkas-berkas berikut ini sesegera mungkin, yaitu formulir rujukan pasien, fotokopi rekam medis kunjungan antenatal, fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini, hasil pemeriksaan penunjang, berkas-berkas lain untuk pembiayaan menggunakan jaminan kesehatan.
5. Memastikan ibu yang dirujuk mengenakan gelang identifikasi.
6. Bila terdapat indikasi, pasien dapat dipasang jalur intravena dengan kanul berukuran 16 atau 18.

7. Memulai penatalaksanaan dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi, segera setelah berdiskusi dengan tenaga kesehatan di tujuan rujukan.
8. Memeriksa kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan untuk merujuk.
9. Mempersiapkan kemungkinan terburuk
10. Menilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk
11. Mencatat dengan jelas semua hasil pemeriksaan berikut nama tenaga kesehatan dan jam pemeriksaan terakhir.

Untuk memudahkan dan meminimalkan risiko dalam perjalanan rujukan, keperluan untuk merujuk ibu dapat diringkas menjadi BAKSOKU (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, dan Uang).<sup>22</sup>

## **2.3 Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS)**

### **2.3.1 Sekilas tentang Program EMAS**

Program EMAS merupakan sebuah program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dengan United States Agency for International Development (USAID), Johns Hopkins Program International of Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO), Save the Children, Research Triangle Internasional, Muhammadiyah, dan Rumah Sakit Budi Kamuliaan. Program ini diharapkan dapat berkontribusi dalam percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia sebesar 25%. Intervensi program EMAS dilakukan dalam kurun waktu 5 tahun yaitu tahun 2012-2016.<sup>5,11,24</sup>

Tujuan program EMAS<sup>11,24</sup> adalah:

1. Meningkatkan kualitas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komperhensif (PONEK)

Tujuan ini dapat diperinci menjadi sebagai berikut:

- a. Memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian ibu dan bayi.diterapkan di RS dan Puskesmas.
- b. Pendekatan tata kelola klinis (Clinical Governance) diterapkan di RS dan Puskesmas.
2. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi sistem rujukan antara Puskesmas/Balkesmas dan RS
3. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pemerintah daerah, serta meningkatkan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan

### **2.3.2 Wilayah intervensi Program EMAS**

Program EMAS menargetkan melakukan intervensi di 30 kabupaten/kota, 150 rumah sakit, dan 300 puskesmas.<sup>24</sup> Pada tahun pertama, intervensi dilakukan di 10 kabupaten dalam 6 provinsi.<sup>11</sup> Sepuluh kabupaten dan enam provinsi tersebut adalah:

1. Sumatra Utara: Kabupaten Deli Serdang

Daerah di sekitarnya yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kota Medan, Kota Tebingtinggi, Kabupaten Langkat, Kabupaten Karo, Kota

Pematangsiantar, Kabupaten Serdang Bedagai, Kabupaten Simalungun dan Kabupaten Binjai.

2. Banten: Kabupaten Serang

Daerah di sekitarnya yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kabupaten Tangerang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Pendeglang, dan Kota Cilegon.

3. Jawa Barat: Kabupaten Bandung dan Kabupaten Cirebon

Daerah di sekitar Kabupaten Bandung yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kabupaten Garut, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Subang, Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Cianjur, Kota Bandung, Kota Cimahi, Kabupaten Bandung Barat. Daerah di sekitar Kabupaten Cirebon yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kota Cirebon, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Kuningan.

4. Jawa Tengah: Kabupaten Tegal dan Kabupaten Banyumas

Daerah di sekitar Kabupaten Tegal yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kota Tegal, Kabupaten Brebes, Kabupaten Pemalang, Kabupaten Pekalongan, dan Kota Pekalongan. Daerah di sekitar Kabupaten Banyumas yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kabupaten Kebumen, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Purbalingga, Kabupaten Banjarnegara.

5. Jawa Timur: Kabupaten Malang

Daerah di sekitarnya yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kota Malang, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Pasuruan, Kota Batu, Kabupaten Blitar.

6. Sulawesi Selatan: Kabupaten Pinrang.

Daerah di sekitarnya yang diintervensi pada tahun berikutnya adalah Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Enrekang, Kabupaten Sidenreng Rappang, Kota Pare-Pare

Pada tahun 2012, tahun pertama Program EMAS, di Kabupaten Banyumas terdapat 2 Rumah Sakit, 1 Balikesmas, dan 10 Puskesmas yang diintervensi, yaitu:

1. RSUD Prof. Dr. Margono Soekarno
2. RSUD Banyumas
3. BKMIA Kartini
4. Puskesmas Sumpiuh 1
5. Puskesmas Sumpiuh 2
6. Puskesmas Kemranjen 2
7. Puskesmas Kebasen
8. Puskesmas Jatilawang
9. Puskesmas Rawalo
10. Puskesmas Cilongok 1
11. Puskesmas Baturraden 1
12. Puskesmas Sumbang 2
13. Puskesmas Sokaraja 1

Pada tahun 2013, program EMAS direplikasi pada 8 puskesmas. Pada tahun 2014, program EMAS direplikasi pada 4 puskesmas. Sedangkan pada tahun 2015, program EMAS direplikasi pada 1 puskesmas dan 3 rumah sakit.

### 2.3.3 Prioritas dan pendekatan Program EMAS

Program EMAS berfokus pada dua prioritas utama dalam pelaksanaan programnya,<sup>11,24</sup> yaitu:

1. Memastikan rumah sakit dan puskesmas mampu memberikan perawatan yang berkualitas tinggi untuk keadaan darurat ibu dan bayi baru lahir.
2. Memastikan bahwa dalam situasi gawat darurat, ibu hamil dan bayi segera dirujuk ke fasilitas kesehatan dan mendapatkan stabilisasi dalam perjalanan ke rumah sakit.

Pendekatan yang dilakukan Program EMAS meliputi 4 hal,<sup>11,24</sup> yaitu:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetric dan neonatal minimal di 150 Rumah Sakit (PONEK) baik Rumah Sakit pemerintah maupun Swasta, dan 300 Puskesmas/Balkesmas (PONED) melalui penerapan tata kelola yang baik terkait kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir
2. Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antara Puskesmas dan Rumah Sakit
3. Pemanfaatan teknologi informasi mutakhir (SMS, hotline, media sosial) untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir
4. Program dirancang agar dapat memberi dampak nasional (tidak hanya sebatas area kerja)

### 2.3.4 Komponen Program EMAS

Program EMAS memiliki 3 strategi komponen,<sup>11,24</sup> yaitu:

- 1) Komponen 1 : Kegiatan Klinik
- 2) Komponen 2 : Sistem Rujukan
  1. Perjanjian kerjasama
  2. SIJARIEMAS
  3. Maklumat pelayanan beserta monitoring pelayanan
  4. Forum Masyarakat Madani (FMM)
  5. Audit Maternal Perinatal (AMP)
  6. Alat Pantau Kinerja Jejaring Rujukan (APKJR)
  7. Kelompok Kerja (Pokja)
- 3) Komponen 3 : Pemberdayaan Masyarakat

## 2.4 SIJARIEMAS

### 2.4.1 Definisi umum SIJARIEMAS

SIJARIEMAS merupakan singkatan dari Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal dan Neonatal. Sistem ini berbasis web dan SMS yang digunakan untuk mendukung efektivitas sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di rumah sakit dan puskesmas di jejaring *Vanguard*. SIJARIEMAS adalah sebuah gabungan yang terorganisir dari sumber daya manusia, perangkat lunak, perangkat keras, jejaring komunikasi, dan basis data dalam mempertukarkan, mengumpulkan, mengubah, dan menyebarkan informasi untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi komunikasi dan kolaborasi sistem rujukan. Dalam

mekanisme ini, alur informasi rujukan SIJARIEMAS akan dikirimkan ke RS Pusat Rujukan ataupun *Call Center* SIJARIEMAS Kabupaten untuk didistribusikan ke RS yang siap untuk melakukan penanganan. Diharapkan dengan adanya sistem jejaring rujukan ini, keterlambatan yang sering terjadi dapat teratasi, karena terbangun sebuah mekanisme komunikasi dan kolaborasi memungkinkan untuk mendapat kepastian tempat tujuan rujukan, pihak rumah sakit akan lebih siap baik tenaga maupun peralatan untuk menerima rujukan, selain itu pasien juga akan mendapat tindakan stabilisasi yang sesuai dengan panduan dokter di rumah sakit.<sup>12,25</sup>

SIJARIEMAS dikembangkan dengan mengacu pada prinsip prinsip sebagai berikut<sup>25</sup>:

- 1) Sesuai dengan standard dan strategi e-Health Nasional
- 2) Dimiliki dan dibangun bersama dengan mitra untuk memperkuat sistem yang sudah ada
- 3) Bersifat cepat, tepat, mudah, dan terjangkau untuk diimplementasikan
- 4) Berpotensi untuk dapat berkelanjutan secara mandiri
- 5) Mudah untuk dikelola
- 6) Flexibel dan dapat diintegrasikan dengan sistem informasi yang ada
- 7) Bersifat open source
- 8) Berbasis pada bukti dan inovasi

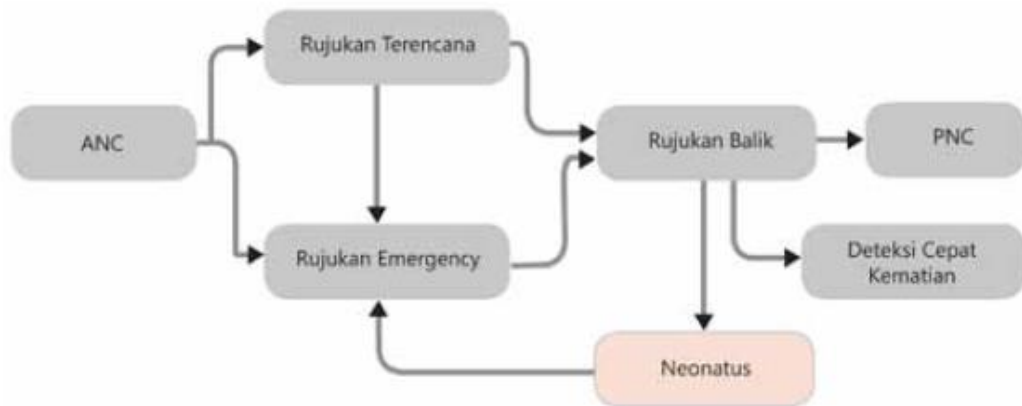


#### **2.4.2 Fasilitas dan alur rujukan SIJARIEMAS**

Dalam pelaksanaannya, sistem jejaring yang berbasis teknologi informatika ini memberikan beberapa fasilitas yang dapat dengan mudah digunakan<sup>12</sup>, yaitu:

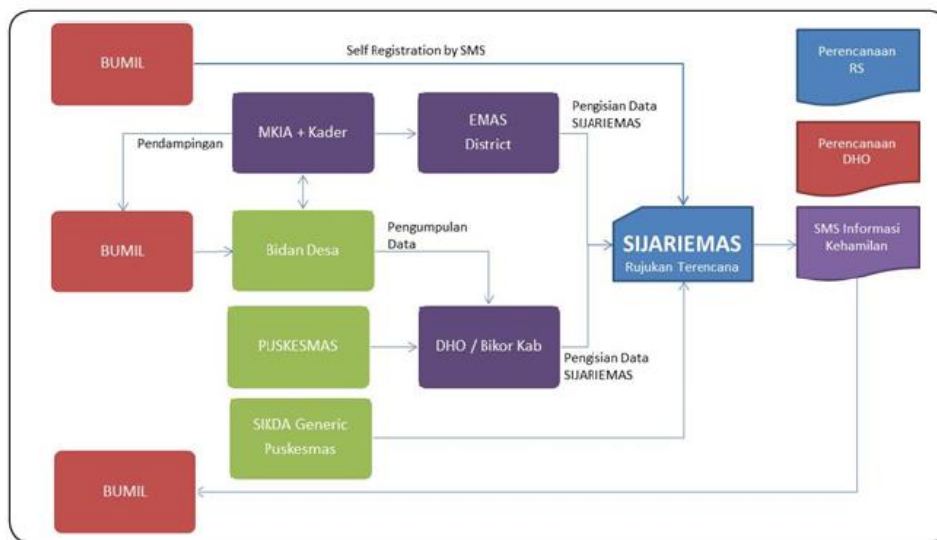
- Menerima dan menanggapi SMS rujukan dari bidan puskesmas atau bidan di desa.
- Menyampaikan informasi siaga IGD ke petugas jaga IGD melalui SMS.
- Menyimpan informasi penanganan dan perawatan pasien serta menyampaikan informasi rujukan balik melalui SMS.
- Menyimpan dan mengelola data ibu hamil, data pasien risiko tinggi, data rujukan gawat darurat, data rujukan pasien risiko tinggi.
- Menyimpan dan menampilkan data actual status ketersediaan petugas medis, perawat medis, peralatan medis, ambulan, dan darah di ruang IGD.
- Menemukan seting prioritas rujukan yang dikirim oleh tenaga kesehatan (bidan) dan mengalihakn rujukan secara otomatis berdasarkan seting prioritas rujukan.
- Menyimpan dan mengelola data lembaga kesehatan dan tenaga kesehatan.

Secara garis besar, fitur SIJARIEMAS dapat dibedakan menjadi 3 bagian besar yaitu pra persalinan, persalinan, dan pasca persalinan.<sup>12</sup>



Gambar 2.10 Alur fitur SIJARIEMAS

Sesuai dengan jenis rujukan, alur rujukan dalam SIJARIEMAS juga dibedakan menjadi dua alur, yaitu alur rujukan gawat darurat, dan alur rujukan terencana, yang digambarkan pada skema berikut.<sup>12,25</sup>



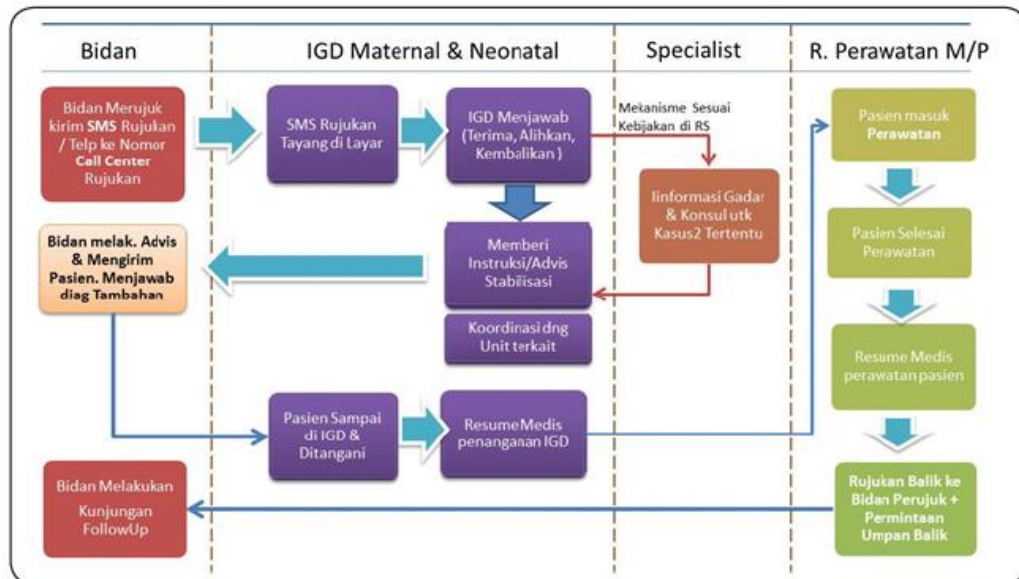
Gambar 2.11 Alur rujukan SIJARIEMAS terencana<sup>12</sup>

Penjabaran dari alur rujukan SIJARIEMAS terencana tersebut adalah:

- 1) Setiap Bumil termasuk Bumil Risti yang didata oleh Bidan Desa, Puskesmas, maupun kader MKAI didaftarkan kedalam SIJARIEMAS

secara manual diinput kedalam sistem oleh penanggung jawab rujukan di tingkat kabupaten/puskesmas.

- 2) Bumil juga dapat melakukan registrasi mandiri menggunakan SMS.
- 3) Data Bumil Risti dijadikan bahan perencanaan di tingkat RS dan Dinkes.
- 4) Laporan Bumil Risti dilaporkan ke dokter spesialis untuk diberikan advise tindakan.
- 5) SMS berisi informasi kesehatan kehamilan terkirim secara rutin ke Bumil sesuai umur kehamilan.
- 6) Untuk Bumil Risti, SMS akan terkirim ke Bidan Desa, Bikor, dan P4K terdaftar untuk persiapan komplikasi persalinan.



Gambar 2.12 Alur rujukan SIJARIEMAS gawat darurat<sup>12</sup>

Penjabaran alur rujukan SIJARIEMAS gawat darurat adalah:

- 1) Perujuk memutuskan untuk melakukan rujukan ibu ataupun neonatus

- 2) Perujuk melakukan komunikasi rujukan SIJARIEMAS menggunakan SMS dan *Call Center*.
- 3) Bidan RS menjawab rujukan disertai saran tata laksana stabilisasi.
- 4) Penanggung jawab rujukan melakukan konsultasi dengan dokter jaga, dokter spesialis, unit terkait lainnya, seperti bagian administrasi, bagian UPTD, ambulance, bagian perinasia, bagian kebidanan, dll.
- 5) Dokter spesialis memberikan advise sesuai kasus rujukan
- 6) Bidan melakukan konfirmasi rujukan gawat darurat dan membawa pasien ke lokasi rujukan penerima.
- 7) Proses merekam penanganan IGD maupun perawatan.
- 8) Pasien pulang hidup, meninggal, atau dirujuk.
- 9) Resume medis diinput oleh penanggung jawab ruang perawatan.
- 10) Bidan desa/puskesmas melakukan kunjungan follow up and follow on.

### **2.4.3 Format rujukan SIJARIEMAS**

Dalam SIJARIEMAS hal yang paling umum dilakukan dalam pemberitahuan rujukan adalah menggunakan SMS. Format SMS rujukan gawat darurat yang digunakan dalam SIJARIEMAS masing-masing variable dipisahkan dengan menggunakan tanda “#”. Format dari diagnosis dan tindakan pra rujukan menggunakan format yang sudah sangat sering digunakan sehari-hari dalam menuliskan diagnosis bagi semua bidan.<sup>12,25</sup> Untuk mengirimkan rujukan, bidan cukup mengirimkan SMS singkat dengan format seperti dibawah ini:

R#[Kode RS]#[Nama Pasien]#[Umur]#[Nama Suami]#[Asuransi]#[Gol  
Darah]#[Transport]#[Diagnosis]#[Tindakan Pra Rujukan]

Atau

R#[Kode RS]#[Nama Pasien],[Umur],[Nama Suami],[Asuransi],[Gol  
Darah],[Transport],[Diagnosis],[Tindakan Pra Rujukan]

Atau

R# [Nama Pasien],[Umur],[Nama Suami],[Asuransi],[Gol  
Darah],[Transport],[Diagnosis],[Tindakan Pra Rujukan]

#### **2.4.4 Komponen yang dinilai dalam SIJARIEMAS**

Berdasarkan unsur-unsur manajemen menurut Harrington Emerson<sup>26</sup> terdapat lima komponen yang dinilai pada suatu program., yaitu *man*, *money*, *materials*, *machines*, dan *methods*. Namun dalam SIJARIEMAS tidak terdapat komponen *machines* sehingga tidak terdapat pembahasan mengenai *machines*.

##### **2.4.4.2 Man**

SIJARIEMAS melibatkan banyak pihak yang masing-masing memiliki tugas tersendiri yang harus dilakukan. Pengorganisasian sumber daya manusia ini dikuatkan dengan sebuah surat keputusan (SK) dari Kepala Dinas, Direktur RS serta pimpinan fasilitas terkait. Hal ini penting agar tidak terjadi rujukan yang tidak direspon karena saling melempar tanggung jawab.<sup>12,25</sup> Tugas dari pihak terkait pelaksanaan SIJARIEMAS terangkum dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.2 Tugas Pihak Terkait Pelaksanaan SIJARIEMAS<sup>12</sup>

Fungsi	Tugas	Bagian
Super Admin	Mengelola sistem dan mengelola hak akses.	KOMINFO, IT DINKES RS yang ditunjuk
Administrator	Mengelola Konten SIJARIEMAS.	Admin RS, Admin Dinkes (Pengelola Program KIA)
Operator	Pengelolaan data rujukan maupun data penunjang lainnya seperti data tenaga kesehatan, kelembagaan, ketersediaan, dan lain lain.	Setiap bidang
Petugas Ruang (IGD, Maternal, Perinatologi, Poli, dan Admin)	Menerima informasi rujukan dan memberikan jawaban rujukan, berkoordinasi sesuai dengan SOP yang berlaku.	Pejabat berwenang di masing – masing unit terkait
Penggunaan Khusus	Memberi advise kasus tertentu melalui mekanisme komunikasi internal rumah sakit ataupun melalui SMS Rujukan.	Dokter Spesialis
Pengguna	Mengirimkan SMS Rujukan.	Puskesmas dan Bidan
Pengguna Umum	Melihat data dan informasi terkait, kesiapan sarana prasarana, informasi kesehatan ibu dan anak, dll.	Masyarakat

#### 2.4.4.3 Money

Dukungan pembiayaan terutama pengadaan perangkat keras/hardware maupun jaringan sangat dibutuhkan agar pelaksanaan SIJARIEMAS terlaksana dengan baik. Pengeluaran untuk pengadaan perangkat keras disesuaikan dengan kondisi dan situasi masing-masing kabupaten/kota serta sesuai dengan skema pengorganisasian yang digunakan. Setelah sumber daya komputer dan jaringan tersedia dan terpasang maka tidak perlu lagi pengadaan baru, akan tetapi dapat memanfaatkan yang sudah ada. Selanjutnya yang dibutuhkan dana berkelanjutan

adalah biaya untuk SMS (media yang terbanyak digunakan dalam SIJARIEMAS) Estimasi biaya SMS yang digunakan per Kabupaten pertahunnya dapat dilihat pada gambar berikut.<sup>25</sup>

Estimasi Biaya SMS per Kab per Tahun			
Asumsi : 125.000 Bumil/Th, 20% berisiko/Komplikasi, 15% Rujuk Gawat Darurat			
	Asumsi Biaya/SMS:		150
NAMA FUNGSI	JUMLAH SMS / KASUS	ASUMSI REQUEST/HARI	BIAYA
Rujukan Gawat Darurat	7	51	Rp53.938
Rujukan Terencana (Risiko Gadar)	3	68	Rp30.822
Aspirasi dan Pengaduan	3	5	Rp2.250
Laporan Kematian	2	11	Rp3.300
Pembelajaran/Kuis (Bidan)	2	0,1	Rp43
Lain - lain	1	1	Rp150
TOTAL BIAYA PER HARI			Rp90.503
TOTAL BIAYA PER BULAN			Rp2.715.094
TOTAL BIAYA PER TAHUN			Rp33.033.643
Disclaimer Nilai diatas berdasarkan asumsi yang dibuat. Kebutuhan anggaran pulsa untuk server, bergantung pada lalu lintas (pemanfaatan)			

Gambar 2.13 Estimasi Biaya SMS per Kabupaten per Tahun<sup>25</sup>

#### 2.4.4.4 Material

Dalam pelaksanaan SIJARIEMAS dibutuhkan dukungan hardware yang sesuai agar SIJARIEMAS dapat diimplementasikan dengan baik. Kebutuhan hardware harus disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan masing-masing kabupaten yang tidak dapat disamaratakan. Berikut ini beberapa opsi pemilihan skema hardware dan topologi jaringan sebagai gambaran umum<sup>12,25</sup>:

##### 1) Skema Optimal

*Call Center* Terintegrasi, SIJARIEMAS 5 Titik di RS, SIJARIEMAS di Dinkes, SIJARIEMAS di Poned

2) Skema Standar

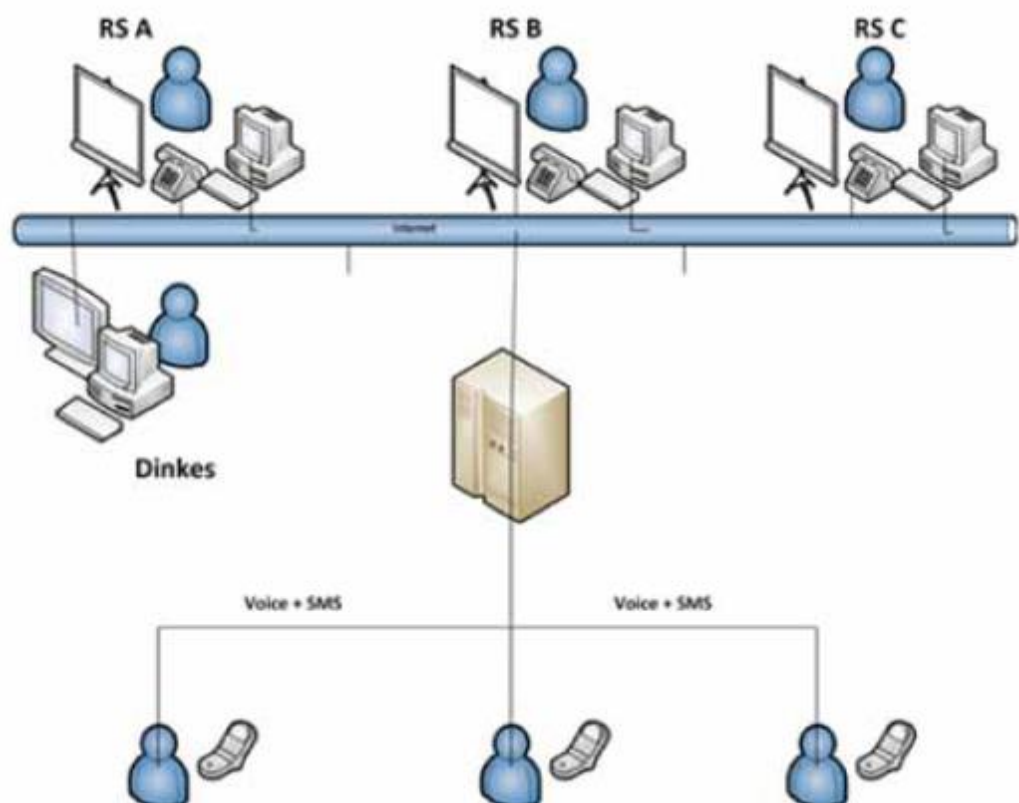
*Call Center* Manual RS, SIJARIEMAS 4 Titik di RS, SIJARIEMAS di Dinkes

3) Skema Minimum

*Call Center* Manual RS, SIJARIEMAS 1 Titik di RS

Kabupaten Banyumas menggunakan Skema Standar di Host di tingkat Nasional.

Skema Standar pengorganisasian teknis SIJARIEMAS adalah sebagai berikut:



Gambar 2.14 Ilustrasi Skema Standar Pengorganisasian Teknis

SIJARIEMAS<sup>12</sup>



Sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk mendukung terlaksananya Skema Standar pengorganisasian teknis SIJARIEMAS dengan host di tingkat Nasional,<sup>12,25</sup> yaitu:

Tabel 2.3 Sarana dan Prasarana Skema Standar dengan host di tingkat Nasional<sup>12</sup>

Dinkes / Kabupaten			
Monitoring	PC Client	1 Unit	
	LED Monitor 40’’	1 Unit	
	Koneksi Internet	1 Paket	
Rumah Sakit			
SIJARIEMAS	PC Client / Tablet	4 Unit	IGD, Maternal, Perina, Admin, Poli
	Koneksi Internet	4 Titik	IGD, Maternal, Perina, Admin, Poli
	Speaker	4 Unit	
	LED Monitor 40’’	1 Unit	Maternal
Call Center Manual	Phone Lines	1 Unit	IGD/Maternal
	Telephone HP	1 Unit	
Monitoring	PC Client / tablet	1 Unit	Management RS
	Koneksi Internet	1 Titik	

#### 2.4.4.5 Method

Pengorganisasian pihak yang terkait pelayanan SIJARIEMAS merupakan hal yang sangat penting. Masing-masing pihak harus mengerti tugasnya karna disetiap titik SIJARIEMAS terjadi aktivitas yang berbeda.<sup>12,25</sup> Aktivitas tersebut dapat dijelaskan pada tabel 2.2 berikut ini.

Tabel 2.4 Aktivitas di Ruang yang Terkait Penggunaan SIJARIEMAS<sup>12</sup>

Ruangan	Aktivitas	SIJARIEMAS
Ruang IGD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sirene berbunyi (Kasus Maternal)</li> <li>2. Menerima informasi rujukan</li> <li>3. Berkomunikasi dan konsul dengan Dokter Jaga/Dokter Obgyn</li> <li>4. Berkomunikasi dengan Ruang Bersalin untuk persiapan rujukan</li> <li>5. Menjawab dan menetikkan advise stabilisasi rujukan</li> <li>6. Menetikkan ringkasan medis IGD</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Advise</li> <li>2. Konfirmasi</li> <li>3. Siaga IGD</li> <li>4. Penerimaan IGD</li> </ol>
Ruang Maternal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sirene berbunyi (Kasus Maternal)</li> <li>2. Menerima informasi rujukan</li> <li>3. Berkomunikasi dan konsul dengan Dokter Obgyn</li> <li>4. Berkomunikasi dengan IGD dan Ruang Perinatologi</li> <li>5. Menjawab dan menetikkan advise stabilisasi rujukan</li> <li>6. Menetikkan ringkasan medis IGD</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan</li> <li>2. Rujukan Balik</li> </ol>
Ruang Neonatus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sirene berbunyi (Kasus Neonatus)</li> <li>2. Menerima informasi rujukan</li> <li>3. Berkomunikasi dan konsul dengan Dokter Anak</li> <li>4. Berkomunikasi dengan IGD</li> <li>5. Menjawab dan menetikkan advise stabilisasi rujukan</li> <li>6. Menetikkan ringkasan medis IGD</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan</li> <li>2. Rujukan Balik</li> </ol>
Ruang Poli	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerima informasi Rujukan Terencana</li> <li>2. Berkomunikasi dengan Dokter Obgyn</li> <li>3. Menjawab dan menetikkan advise konsultasi rujukan</li> <li>4. Berkoordinasi dengan ruang maternal, perinatologi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rujukan Terencana</li> </ol>

Selain itu, masing-masing kabupaten memiliki panduan operasional penatalaksanaan rujukan gawatdarurat melalui SIJARIEMAS.<sup>27</sup> Prosedur tersebut adalah sebagai berikut:

1. Status kegawatdaruratan pasien dikomunikasikan dengan dokter puskesmas. Kasus gawat darurat yang tidak bisa ditangani di tempat pelayanan kesehatan dasar segera dirujuk ke tempat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.
2. Informasi rujukan kegawatdaruratan segera dikirim oleh Petugas Pelayanan Kesehatan yang sudah terdaftar pada database aplikasi SIJARIEMAS melalui SMS (pesan singkat) ke nomor pusat SMS SIJARIEMAS Kabupaten Banyumas nomor **08881996677** dengan format berikut:

**Rujukan Gawat-darurat Ibu Hamil:**

r#kode praktek#nama ibu#umur#nama suami#asuransi#golongan  
darah #transportasi#diagnosa#tindakan prarujukan

**Rujukan Gawat-darurat Bayi:**

rb#kode praktek#nama ibu#umur#nama suami#asuransi#golongan  
darah #transportasi#diagnosa#tindakan prarujukan

atau dengan menginput informasi rujukan melalui website SIJARIEMAS di alamat **<http://banyumas.rujukan.net>**

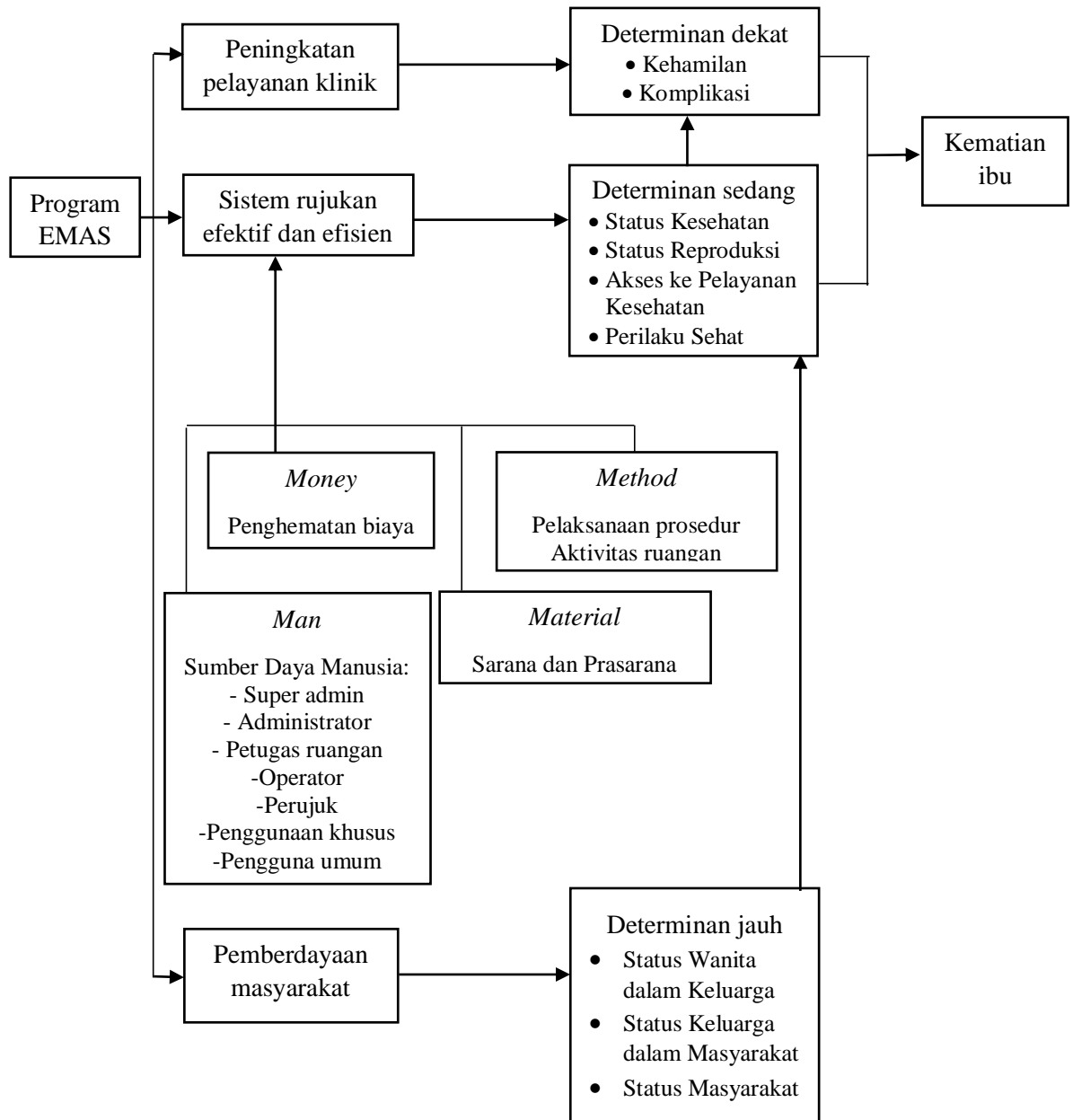
3. Petugas IGD Rumah Sakit Rujukan yang menerima informasi rujukan segera meneruskan informasi rujukan tersebut baik secara elektronik atau manual kepada dokter Jaga IGD untuk mendapatkan saran umpan balik.
4. Petugas IGD Rumah Sakit Rujukan wajib mengirimkan umpan balik mengenai tindak lanjut (advis) penanganan pasien tersebut melalui formulir SIJARIEMAS dalam waktu maksimal 10 menit. Umpan balik yang dikirim berisi informasi tata laksana stabilisasi yang disarankan dan atau konfirmasi terkait kesiapan menerima rujukan gawat darurat.
5. Apabila dalam waktu maksimal 10 menit petugas kesehatan yang merujuk (selanjutnya disebut Petugas Kesehatan Perujuk) tidak mendapat SMS pemberitahuan secara otomatis mengenai lokasi rumah sakit rujukan, maka Petugas Kesehatan Perujuk wajib melakukan panggilan telepon ke IGD rumah sakit rujukan, sebagai berikut:
  - a. RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo untuk kasus maternal dengan nomor **081548808351**
  - b. RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo untuk kasus neonatal dengan nomor **02817622615**
  - c. RSUD Banyumas dengan nomor **02817623025**
6. Apabila tidak berhasil melakukan panggilan telepon ke IGD Rumah Sakit Rujukan, maka Petugas Kesehatan Perujuk segera mengirim pasien ke rumah sakit rujukan.
7. a. Petugas IGD Rumah Sakit Rujukan yang membantu dokter jaga wajib melakukan komunikasi dengan Petugas Kesehatan Perujuk guna

mendapat informasi lebih rinci terkait jenis dan status komplikasi pasien beserta arahan penanganan stabilisasi yang dibutuhkan sampai pasien dan Nakes perujuk sampai di rumah sakit tujuan rujukan.

- b. Petugas Kesehatan Perujuk berkewajiban untuk terus melakukan komunikasi dengan Petugas IGD PONEK/IGD sepanjang perjalanan menuju RS rujukan.
8. Petugas IGD Rumah Sakit Rujukan melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam memastikan kesiapan dalam menerima pasien rujukan gawat darurat.
9. Petugas IGD Rumah Sakit Rujukan menerima, melakukan tindakan penanganan pasien dan mencatat status penanganan pasien dengan aplikasi SIJARIEMAS. Setelah selesai penanganan pasien, Petugas IGD PONEK/IGD mencatat resume medis tindakan penanganan yang dilakukan di IGD sesuai standar kelengkapan rekam medis.
10. Petugas Bagian Perawatan Rumah Sakit Rujukan melakukan tindakan perawatan pasien. Operator SIJARIEMAS mencatat status perawatan pasien dengan aplikasi SIJARIEMAS. Setelah selesai perawatan pasien, Operator SIJARIEMAS mencatat resume medis tindakan perawatan yang dilakukan sesuai standar kelengkapan rekam medis.
11. Petugas Bagian Perawatan atau Operator SIJARIEMAS Rumah Sakit Rujukan mencatat rujukan balik di fomulir yang disediakan pada aplikasi SIJARIEMAS.

12. Petugas Kesehatan Perujuk melakukan tindak lanjut pasca perawatan di rumah sakit kepada pasien yang telah selesai perawatan sesuai arahan rujukan balik.

## 2.5 Kerangka teori

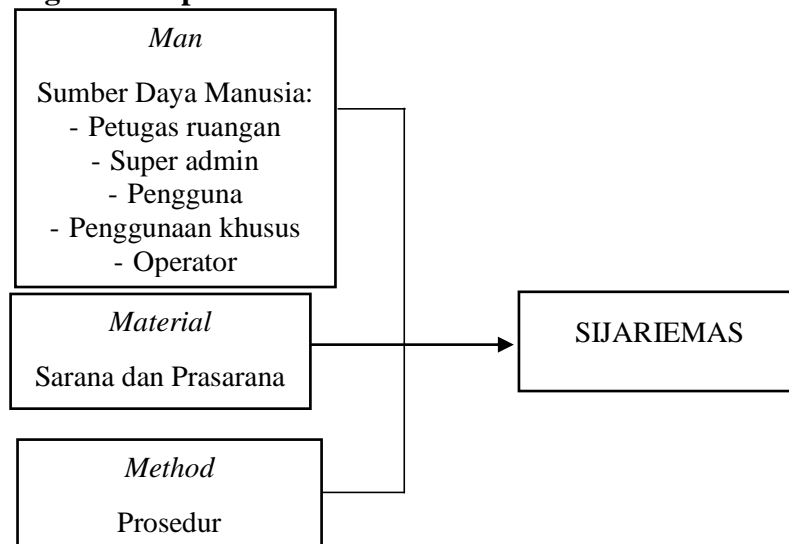


Gambar 2.15 Kerangka Teori. Modifikasi dari Teori Determinan Kematian Ibu

McCarthy and Maine

Penelitian ini berfokus pada pelaksanaan sistem rujukan yang digagas oleh Program EMAS yaitu SIJARIEMAS. Pada variabel *man* terdapat super admin, administrator, dan pengguna umum, tetapi subvariabel tersebut tidak diteliti karena penelitian hanya terbatas pada pelaksanaan SIJARIEMAS di IGD RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. Penghematan biaya merupakan salah satu indikator penting untuk mengetahui efisiensi sistem rujukan, tetapi penelitian ini terbatas pada pelaksanaan SIJARIEMAS di Rumah Sakit, sehingga penghematan biaya tidak dimasukkan dalam variabel. Aktivitas ruangan tidak dimasukkan kedalam variabel penelitian karena dalam penelitian dibatasi hanya pelaksanaan SIJARIEMAS di IGD Rumah Sakit.

## 2.6 Kerangka konsep



Gambar 2.16 Kerangka Konsep